

Vereinbarung zur Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen und die Verabreichung von Medikamenten sowie Aufgabenübertragung

Name, Vorname der Schülerin/des Schülers

Foto

Namen, Anschrift und Telefonnummern, E-Mail der Erziehungsberechtigten

An die

Georg-Büchner-Schule, Nordring 32, 63110 Rodgau,

(Datum)

Vereinbarung über die Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen/die Verabreichung von Medikamenten in der Schule

Hiermit beauftrage ich/beauftragen wir Schulgesundheitsfachkraft/die im Folgenden genannten Bediensteten der o.a. Schule, an meiner/unserer Tochter oder unserem Sohn die nachfolgend bezeichneten ärztlich verordnete medizinische Hilfsmaßnahme durchzuführen, weil sie/er altersbedingt oder wegen einer Behinderung die Maßnahme nicht selbst steuern oder vornehmen kann.

Ärztliche Verordnung

(Angabe, welche medizinische Hilfsmaßnahme in der Schule angezeigt ist, was hierbei zu beachten ist):

Medizinische Diagnose(n) für die/den zu betreuende/n Schülerin/Schüler

(Die Angabe einer medizinischen Diagnose ist nicht verpflichtend, kann jedoch im Notfall hilfreich sein):

Tägliche Anwendungszeiten/Dauer der ärztlich verordneten Hilfsmaßnahme/der Medikation

(bei Medikamenten genaue Bezeichnung, Dosierungsangabe, Applikationsart, Angabe ob Bedarfsmedikation)

Notfallmaßnahmen, Besonderheiten für die Medikamentenverabreichung, ggf. Nebenwirkungen

Die Beauftragung ist bis zum _____ *(Datum einfügen)* oder bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Über Änderungen der ärztlichen Verordnung und ggf der medizinischen Diagnose werde ich/werden wir die Schule/Schulleitung unverzüglich informieren.

Für den Zeitraum der Beauftragung ist die Schule berechtigt, Daten, die im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung stehen, zu speichern.



Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Datum/Stempel/Unterschrift behandelnder Arzt

Schulleiter/in

Die oben beschriebene medizinische Hilfsmaßnahme/Medikamentengabe übertrage ich der Schulgesundheitsfachkraft _____ *Astrid Fisch* _____ *(Name eintragen)* oder im Vertretungsfall dem

Bediensteten _____ *(Name eintragen)* im Rahmen seiner dienstlichen Aufgaben.

Rodgau, den _____ _____ *(Schulleitung)*

Bedienstete/r der Schule:

Ich übernehme freiwillig die Durchführung der aufgeführten medizinischen Hilfsmaßnahmen. Mir ist bekannt, dass bei vorsätzlichen oder groß fahrlässigem Verhalten Regressansprüche des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung entstehen können.

Grob fahrlässig handelt derjenige, der eine unentschuldbare Pflichtverletzung begeht, die das gewöhnliche Maß erheblich übersteigt.

Falls ich die Maßnahme in Zukunft nicht mehr durchführen kann oder will, werde ich die Personensorgeberechtigten und die Schulleitung darüber unverzüglich informieren.

Datum, Unterschrift Bediensteter

Bemerkungen: _____